Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

ISSUE/SURVEY PAPER

Globalization and Canada's healthcare system

JULY 2002

This paper is one of a series of nine public issue/survey papers designed to help Canadians make informed decisions about the future of Canada's healthcare system. Each of these research-based papers explores three potential courses of action to address key healthcare challenges. Canada may choose to pursue some, none, or all of these courses of action; in addition, many other options are available but not described here. These research highlights were prepared for the Commission on the Future of Health Care in Canada, by the Canadian Health Services Research Foundation.

Thank you for your interest in shaping the future of Canada's healthcare system.

This issue/survey paper on the globalization and Canada's healthcare system is one of a series of nine such documents the Commission on the Future of Health Care in Canada has developed in partnership with the Canadian Health Services Research Foundation. They were designed to enable Canadians to be better informed about some of the key challenges confronting their health care system and to express their preferences on proposed solutions. We have worked hard to summarize relevant, factual information and to make it as balanced and accessible as possible.

Each of our nine documents follows an identical format. We begin by briefly summarizing a particular health issue. Next, we identify three possible courses of action to address the issue and their respective pros and cons. Last, we ask you to complete a brief survey relating to the courses of action.

To make it easier to provide us with your responses, the survey questions are included on the final pages of this document. Please detach and forward these pages to us by fax at: (613) 992-3782, or by mail at:

Commission on the Future of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7

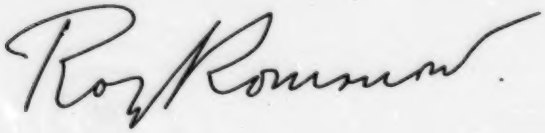
You can also complete the survey on-line through our interactive website at: www.healthcarecommission.ca.

There are no "right" or "wrong" answers, and the results are intended to be informational only. They are designed to illustrate how each person's response fits within the context of others who have responded, not to have scientific validity in and of themselves. The survey results are only one of many ways the Commission is studying and analyzing this issue. To order other titles in this series, please write to us at the address above, or call 1-800-793-6161. Other titles include:

- Homecare in Canada
- Pharmacare in Canada
- Access to healthcare in Canada
- Sustainability of Canada's healthcare system
- Consumer choice in Canada's healthcare system
- The Canada Health Act
- Human resources in Canada's healthcare system
- Medically necessary care: what is it, and who decides?

We are grateful for your contribution to shaping Canada's healthcare system and hope that this document will be as informative to you, as we know your survey responses will be valuable to us.

Sincerely,



Roy Romanow

Globalization and Canada's healthcare system

The world Canadians live in is shrinking. We travel in planes and cyberspace. We connect by phone and e-mail, conduct worldwide business over the internet, and watch distant realities unfold live on TV.

This growing interdependence of people and societies, made possible by technological innovation, has led to vast economic changes including the liberalization of international trade of all kinds. "Globalization," as it's called, affects our health and our healthcare system as well, although the impact may not yet be as apparent. But is it a force for good or ill?

Certainly nobody welcomes the arrival on our shores of foreign diseases such as the West Nile virus, mad cow disease or new strains of tuberculosis. Yet many Canadians benefit from an increasingly interconnected world through using new medical treatments developed abroad, by selling Canadian health technology on the global market, and by participating in international disease-prevention projects.

In many ways, our ever-more permeable borders spell both opportunity and challenge. For instance, some health professionals pack their bags to seek their fortunes elsewhere, even as doctors and nurses from abroad clamour for a chance to work here.

Still, our healthcare system as a whole remains remarkably untouched by the forces of globalization. There's very little "healthcare tourism", for example; most Canadians get their care at home and not many come from abroad to be treated in this country. Foreign ownership of medical enterprises is also, so far, relatively rare.

This situation could change, however, due to Canada's signing of the 1994 North American Free Trade Agreement (NAFTA) and our membership in the 144-nation World Trade Organization, founded in 1995, through which we participate in the General Agreement on Trade in Services, or GATS, which took effect in 1995.

Free trade encourages the flow of goods, money and services across international borders. Between them NAFTA and GATS have greatly expanded the influence of private enterprise on public policy. While neither agreement specifically addresses Canada's publicly funded healthcare system, both could influence it down the road. Experts, however, disagree on the nature and extent of that impact.

This paper focuses on three of the many potential courses of action for Canada in this era of global economic integration:

I. The federal government could continue to protect our public medicare system in all international trade negotiations.

II. Provincial governments could agree to pay for healthcare services that patients choose to obtain abroad.

III. The federal government could promote a freer flow of healthcare professionals under international trade agreements.

Protecting medicare in international trade agreements

The federal government is an enthusiastic proponent of liberalized international trade in goods and services, arguing it will bring us greater prosperity and opportunity. But because the impact of freer trade in health services is uncertain, the government "protected" healthcare, ensuring that it's not ruled by the conditions of either the North American Free Trade Agreement or the General Agreement on Trade in Services. Healthcare, Canada argued, is a public good administered by governments.

This means Canada can continue to set domestic healthcare policies without fear of violating international trade rules. Governments use an assortment of laws and funding mechanisms to restrict competition in what's considered the key area of medicare — the delivery of medically necessary services by doctors and hospitals. If healthcare were not exempted from the trade agreements, limits on what private providers are allowed to do could be challenged as a contravention of international trade commitments.

For now, Canada's healthcare system remains generally untouched by trade liberalization. While it is true that private financing and delivery both play significant roles, our medical system can still be described as owned and operated by Canadians, and financed by the government purse.

How long this will remain so is unclear. Private investors are permitted certain business opportunities in the healthcare field; opponents of free trade fear that could trigger demands from businesses for more opportunities to invest in Canadian healthcare. For instance, under Alberta's Bill 11, private for-profit companies are being paid public funds to deliver certain hospital services, in competition with non-profit public hospitals — could this lead to a trade challenge from investors who want to do the same in other provinces? Recent GATS negotiations on financial services officially opened our commercial health-insurance market (such as private insurance for drugs) to foreign investment, and some observers contend this could eventually have an impact on our governments' ability to expand or alter our publicly funded healthcare system.

In this evolving trade environment, the protections afforded by the trade treaty exemptions are not entirely clear. Much of the language of both agreements is quite broad: Health services delivered under the authority of governments are mentioned only among the list of items excluded from the full impact of trade liberalization rules. And so far, there has been little testing of the strength of those exemptions before international trade dispute-resolution bodies.

Course of Action: The federal government should protect our public medicare system in all international trade negotiations.

If the federal government wanted to enhance protection of medicare from the effects of free trade, it could attempt to clarify the wording of its commitments and exemptions under NAFTA and GATS to ensure that medically necessary services delivered by doctors and in hospitals remain in the public domain and are not subject to freer international trade rules or sanctions.

Then, as NAFTA is extended to include 31 Latin American and Caribbean nations by 2005, and World Trade Organization negotiations continue, Canada would need to make clear to all its trading partners that our public-funding system for medically necessary healthcare services is not on the bargaining table.

ARGUMENTS FOR

Our healthcare system is an essential public good that embodies core Canadian values. Many Canadians accept that the single-payer, publicly administered structure of medicare is essential for maintaining universal equity of access to health services and national control over our healthcare policies.

Canada's medicare system is the best way to curb expenditures without compromising our excellent health status. Medicare is what's known as a single-payer health insurance system, where, through government, everyone shares the costs of everyone else's illnesses. Everybody, including the poorest, are protected from the costs of illnesses that could otherwise ruin them and no one pays disproportionately for healthcare, whatever their personal needs or circumstances. Single-payer systems have greater power to negotiate payments to physicians and lower prices for drugs. They also save money because of their substantially lower overhead costs and efficient, centralized administration.

International trade treaties make it harder for governments to get into new service areas. Once liberalized, a trade sector is difficult to close off again to foreign investors. That means, for example, that because homecare and pharmacare programs already have extensive private-sector involvement, Canada could find its options for developing national programs limited under the terms of trade agreements. International investors displaced by new publicly funded services could challenge such new programs and perhaps claim compensation.

Greater trade liberalization could allow foreign investors to make a profit from our public healthcare funds. Under NAFTA, any U.S. corporation can argue it is entitled to the same opportunities afforded Canadian private-sector companies. If that argument were used to allow U.S. firms to offer healthcare currently provided by government, medicare funds collected from Canadian taxpayers might end up boosting the bottom line of healthcare companies based beyond our borders.

Canadians may favour the delivery of healthcare services by providers with a stake in protecting Canadian interests. Canadians may be leery about private health information being shipped to foreign nations, where leaks would be hard to detect and offenders might escape the reach of Canadian law. Similarly, corporate health-service managers may put more emphasis on consumer safety, worker health and other important standards if they themselves live in the community and would suffer equally from poor decisions.

ARGUMENTS AGAINST

Liberalized trade in healthcare services could mean more choices for consumers. Foreign providers might introduce new healthcare services to Canada if they thought they could make money. As the menu of offerings broadened, competitive pressures could lead both domestic and foreign providers to improve and modernize their services.

We have a very impressive healthcare system full of innovation and ideas that we could offer abroad. We are already building specialty hospitals in India; perhaps free trade in healthcare would encourage other nations to bring their innovations to Canada and Canada could in turn develop foreign markets for our expertise.

Increased trade and foreign investment in all sectors, including the healthcare industry, can boost economic growth, create jobs and lead Canada's transformation into a knowledge-based economy. We could reinvest this enhanced wealth in improved healthcare and social services for all Canadians.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 11 for the survey questions for this section.

II. Paying for treatments abroad

Canadians get healthcare in the United States or other countries for a variety of reasons. For the most part, it's because they fall ill while travelling and wind up in foreign clinics. Others deliberately seek out care that is not available here, or is considered better elsewhere. In all, however, the numbers are quite small: fewer than one in a thousand Canadians ever sees the inside of a foreign medical facility. And when you subtract the emergency cases, just a few hundred Canadians a year pack their bags in an active quest for cross-border care.

More Canadians might go abroad for services if money were not a consideration. Canadians are covered by government insurance for most physician and hospital care only as long as they remain in the country. Private traveller's insurance covers accidents and emergencies, but not elective care.

Still, there are exceptions. Most provinces have sent patients to nearby states for certain types of care when there's been a shortage of doctors, beds or technicians at home. It is common, for example, for Canadians to be sent south for cancer radiation treatments when waiting times here grow too long. Provinces will also authorize payments for individuals referred to specialized foreign centres for experimental or other treatments not available locally, provided the request is approved in advance.

Recently, a Senate committee studying healthcare reform recommended the government cover the costs of out-of-country treatment obtained by patients waiting unacceptably long periods, which would be defined by panels of experts for every major procedure.

Some patients are already taking matters into their own hands. In one recent Ontario case, an appeal board ordered the provincial health plan to reimburse a patient who flew to England for cancer surgery because he feared he would wait too long at home.

The European Court of Justice has also recently issued similar decisions. Patients forced to wait too long for care now have the right to obtain fully funded hospital treatment in the European Union nation of their choice, without the need for prior authorization from their own country.

Course of action: If a patient travels abroad to use a healthcare service that is either not available or is not available on a timely basis in Canada, governments should pay for the treatment.

Free trade is changing the face of Europe, where the member countries of the European Union have all but done away with passport controls amongst themselves and many (but not all) of the nations now share a common currency, the Euro. It's perhaps inevitable that people there are increasingly travelling to other countries for their healthcare.

Of course, such travel is easier in Europe, where distances between countries are smaller, but Canada, too, could choose to develop a system where people go where the care is, rather than waiting for it to be available at home. We could have standing contracts with foreign (most likely U.S.) providers, on the understanding that anyone facing a wait longer than experts have judged acceptable would simply go away for care. It wouldn't likely be a free-for-all; rates, travel allowances and approved extras would probably have to be carefully negotiated with both the provider and the patient, and would be limited to standard medical treatments. The treatments would be the same as those offered in Canada and foreign providers assessed and chosen by Canadian experts for the quality of care they offer.

The United Kingdom is already grappling with this idea by establishing a formal mechanism, complete with competitive bidding processes and defined quality standards, to organize out-of-country care for its citizens. Though details are still being worked out, the new scheme, which is to be in place by 2005, would give U.K. citizens the opportunity to get diagnostic care or treatments outside of Britain if they needed to and the costs would be reimbursed by the public health insurance plan as though the service had been delivered at home.

ARGUMENTS FOR

Healthcare consumers want more opportunity to get the healthcare they need, even if they have to travel abroad to get it. The government is responsible for ensuring reasonable standards of patient service; if the obligation cannot be met at home, it must be met elsewhere. Canadians opting for care from foreign providers approved by Canadian authorities would also have confidence that the service meets our domestic standards for quality.

Our healthcare system could save money. Even factoring in the cost of travel, Canadians could obtain many advanced services abroad at lower cost than at home. For example, a liver transplant in India costs one-tenth the going rate in the United States. Moreover, because Americans don't like to wait for healthcare, they tend to have a lot of extra space in their system; Canadians could be treated in extra U.S. beds and save the cost of building our own facilities.

Forced by the courts to pay for out-of-country medical care, provinces may be more inclined to improve access to domestic healthcare services. Faced with the prospect of paying the cost of out-of-country travel, provinces may look more seriously at improving the management of waiting lists and clearing up treatment backlogs.

ARGUMENTS AGAINST

This could skew Canada's long-standing approach to delivering medical care on the basis of medical need rather than want. It might be that promising treatment more quickly, even if it means going abroad, will undermine our efforts to ensure the people who most need treatment get it first. Some people may insist on an immediate operation, even if their condition is not critical; others may wait unduly long because age, family obligations or some other consideration makes them disinclined to travel.

Medicare is already paying for some services abroad, only it's being done in a controlled and fiscally responsible way. Now, it's governments, in consultation with health professionals and expert advisers, that decide how the taxpayer-funded public system will pay for legitimate medical treatments. Pressure on the system is to some extent a management tool; there are, for example, treatments that won't do much good or that may not be necessary immediately.

This is just a short-term solution to a long-term problem. Governments should be looking to other means, including tax hikes or more private Canadian investment, to increase our domestic healthcare capacity and keep health spending in Canada.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 11 for the survey questions for this section.

Promoting the free flow of healthcare professionals across international borders

From time to time, we read news reports of Canadian doctors and nurses fleeing in droves to the land of opportunity south of the border. The truth is, we can't be sure how big the problem is, or whether we even have a problem.

We have no good statistics on the number of nurses leaving or entering Canada. As for doctors, 420 left in 2000 (we're not sure where they went, although most probably chose the United States) and 256 arrived, for a net loss of 164. That's less than a third of one percent of Canada's active physician workforce — hardly the hallmark of a mass exodus.

Even so, there are frequent debates on whether Canada is facing — or already suffering — a shortage of healthcare professionals. But whatever the disagreements, there is widespread consensus that certain areas of the country — especially rural and remote regions — and some medical specialties really do have too few practitioners.

Provinces have for some time been experimenting with a variety of incentives to encourage health professionals to work in under-serviced areas. One frequently proposed solution is to bring in more foreign-trained physicians and to arrange their registration and continuing education in a way that encourages them to stay where they are most needed.

Under the North American Free Trade Agreement and the General Agreement on Trade in Services, Canada is not obliged to permit the free flow of health professionals across international borders. NAFTA says registered nurses and physicians involved in teaching or research may obtain temporary admission but the idea is that they pursue enterprise opportunities, such as investing or buying a business. Only when there's a national shortage of labour can foreigners be brought in to fill a full-time practice position in their field. Similarly, GATS promotes temporary labour mobility, but Canada's healthcare sector, including its providers, is not directly affected.

Thus, foreign providers can arrive at our shores as they always have: as refugees from political turmoil, as part of a family reunification process, as regular immigrants or as specialized experts recruited by a Canadian healthcare facility.

To work and be paid here, foreign health professionals entering by the traditional immigration or refugee routes must meet provincial registration requirements. This is easy for Americans, since our certification rules are largely in harmony. It is more complicated for professionals from other countries, where training and practice standards may be different.

Course of action: The federal government should negotiate the free flow of healthcare professionals in international trade agreements.

Canada should follow the lead of the European Union and permit freer mobility of health personnel. To do so, it could put the mobility of health professionals on the table in the current round of GATS negotiations or during the upcoming expansion of NAFTA into the Free Trade Area of the Americas (FTAA).

With looser rules on migration, however, Canada's challenge would be to preserve our high professional standards. Since Canada could not discriminate against foreign healthcare workers no matter where they obtained their credentials, provincial licensing, certification and professional bodies would take on an even greater role in ensuring an acceptable calibre of immigrant practitioner.

The government could also support the training and continuing education of international medical graduates within Canada, to be certain they met our standards.

ARGUMENTS FOR

This is an effective way to compensate for shortages in the healthcare workforce. If we relied only on inter-provincial migration to redress occasional human resource shortages, we would be depleting professional ranks in one province in order to increase them in another. Opening our borders to foreign health professionals avoids that problem.

We could save money. Given the high cost of educating healthcare providers, it makes economic sense to hire workers trained elsewhere.

Healthcare providers have access to new opportunities. With the rapid pace of developments in medicine, it should be easier for providers to go abroad to expand their professional experience, gain more income, find better professional resources or seek opportunities for travel and continuing education. While the permanent departure of healthcare workers would hurt Canada, those who returned would enrich the practice of medicine.

ARGUMENTS AGAINST

We could end up with more health professionals than we need or can afford. Under the Charter of Rights and Freedoms, Canada cannot dictate to landed immigrants where they can work. If foreign doctors preferred to settle in urban areas that might already be well serviced, we could end up with too many doctors where we don't need them. As long as they have a provincial billing number, they can see patients and charge the public medicare plan.

We could end up with a poorer quality of workers from less developed parts of the world. Individual foreign-trained doctors can do as well as Canadian medical school graduates on qualifying exams. As a group, however, they do substantially worse. This could be due to language and cultural barriers, the length of time that has passed since they graduated from medical training, or a lower quality of training. In fact, many medical schools listed in World Health Organization directories do not feature rigorous accreditation procedures or program standards. Relaxing international mobility rules could require us to harmonize our training and licensing standards, which means they might wind up being lower.

Making it easier for health professionals from developing countries to come to Canada will deplete their numbers where their skills are urgently needed. Commonwealth countries have already recognized the potential danger of such "poaching" of healthcare workers, and have urged developed countries to devise and adhere to codes of conduct. More open borders could, however, make controls difficult. Promoting the migration of health personnel from poorer countries also contravenes Canada's own international aid and development policies.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 11 for the survey questions for this section.

Acknowledgements

This document was produced by the Canadian Health Services Research Foundation, in partnership with the Commission on the Future of Health Care in Canada. The topics and courses of action reflect key issues raised frequently in the Commission's consultations to date, for which the Foundation was able to find relevant research evidence to help inform the debate.

This document has been reviewed by the following experts for accuracy and fairness, but final responsibility lies with the Canadian Health Services Research Foundation:

Sarah Downey
Executive Director, Operations
Princess Margaret Hospital

Ron Labonte
Director of SPHERU, Community Health & Epidemiology
University of Saskatchewan

Gilles Dussault
Senior Health Specialist (Policy)
World Bank Institute

A complete bibliography of the research used to prepare these documents can be found at www.healthcarecommission.ca.

SURVEY INSTRUCTIONS

Please detach the following pages and forward to us by fax at:
(613) 992-3782

Or by mail at:
Commission on the Future of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7

For information:
Call toll free at 1-800-793-6161
www.healthcarecommission.ca

Thank you

Survey Questions

Please indicate your opinion on each of the following questions by checking the appropriate response.

PROTECTING MEDICARE IN INTERNATIONAL TRADE AGREEMENTS

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. Healthcare in Canada would improve if the federal government protected our single-payer medicare system in all international trade negotiations.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Foreign for-profit healthcare companies would bring useful competition and choice to our healthcare system.	❑	❑	❑	❑	❑
3. It's important that in international trade negotiations, Canada protect its ability to develop new government-funded national healthcare programs, like homecare or pharmacare.	❑	❑	❑	❑	❑
4. It doesn't make a difference to me whether the hospitals and healthcare organizations which provide my care are Canadian-owned or not.	❑	❑	❑	❑	❑

PAYING FOR TREATMENTS ABROAD

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. Healthcare in Canada would improve if governments paid the costs of patients choosing to go abroad for treatment not adequately available in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Governments should increase healthcare spending to cover the costs of patients choosing to go abroad for treatment not adequately available in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
3. If governments were to pay for patients to go abroad for treatment, it should be limited to cases where the wait for care in Canada would be longer than a group of experts defines as safe.	❑	❑	❑	❑	❑
4. If governments were to pay for patients to go abroad for treatment, patients should not have to get prior approval as long as they went to foreign facilities that had agreements in place with Canadian governments.	❑	❑	❑	❑	❑

PROMOTING FLOW OF HEALTHCARE PROFESSIONALS

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. Healthcare in Canada would improve if the federal government negotiated the free flow of healthcare professionals in international trade agreements.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Governments should increase healthcare spending to provide healthcare professionals immigrating to Canada with appropriate training and certification to practice in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑

3. Which comes closest to your own opinion?

We should encourage more doctors to immigrate to Canada, even if we draw them away from countries that really need them.

OR

We should focus on creating and keeping more healthcare professionals in Canada rather than seeking them elsewhere.

Strongly Agree Encourage Immigration	Agree Encourage Immigration	Neutral	Disagree Focus on Canada	Strongly Disagree Focus on Canada
❑	❑	❑	❑	❑

ANALYSIS INFORMATION

Please complete the following information for analysis purposes. Thank you.

Gender: ❑ Male ❑ Female

Age: ❑ under 18 ❑ 19-29 ❑ 30-49 ❑ 50-65 ❑ over 65

Province or Territory in which you reside: _____

Continued ...

Your annual household income from all sources before taxes is: (Optional)

Choose one:

❑ Less than $20000

❑ $20000 to $39999

❑ $40000 to $59000

❑ $60000 to $79000

❑ $80000 to $99000

❑ More than $100K

The highest level of schooling you have completed is: (Optional)

Choose one:

❑ Elementary School or less

❑ Secondary School

❑ Community College/CEGEP/Trade School

❑ Prof./Trade Certification

❑ Bachelor Degree

❑ Graduate Degree

Are you a healthcare professional? (Optional)

❑ Yes ❑ No

Approximately how many times in the last year have you personally used the healthcare system? (eg. seen a doctor or specialist, spent time in the hospital, received care in a hospital emergency room, etc.) (Optional)

Choose one:

❑ 0-3

❑ 4-6

❑ 7-9

❑ More than 10

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

DOCUMENT D'INFORMATION / DE SONDAGE

La mondialisation et les soins de santé au Canada

JUILLET 2002

Ce document fait partie d'une série de neuf documents d'information/de sondage conçus pour aider les Canadiens à prendre des décisions éclairées sur l'avenir du système de santé du Canada. Chacun de ces documents explore trois plans d'action pour faire face à d'importants défis en soins de santé. Le Canada peut choisir quelques-uns de ces plans d'action, comme il peut les adopter tous ou n'en retenir aucun. De nombreuses autres options sont aussi possibles, mais elles ne sont pas abordées ici. Ces points saillants de recherche ont été préparés pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Merci de l'intérêt que vous portez à l'avenir du système de soins de santé au Canada.

Ce document d'information/de sondage sur la mondialisation et le système de soins de santé au Canada, qui vise à la fois à donner et à recueillir de l'information, fait partie d'une série de neuf documents que la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a préparés en collaboration avec la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Tous ont été conçus de façon à permettre aux Canadiens d'être mieux renseignés sur quelques-uns des principaux défis à relever concernant le système de soins de santé et d'exprimer leurs préférences parmi les solutions proposées. Nous nous sommes efforcés de résumer les faits les plus pertinents tout en veillant à maintenir l'équilibre et l'accessibilité de l'information.

Les neuf documents se présentent tous de la même façon. Nous donnons d'abord un bref aperçu de la question à considérer. Nous proposons ensuite trois voies qu'il est possible de suivre, en précisant les avantages et les inconvénients. Enfin, nous vous demandons de répondre au bref questionnaire.

Pour vous simplifier la tâche, les questions de sondage se trouvent à la fin du document. Veuillez détacher la ou les pages et les envoyer par télécopie au numéro 1-613-992-3782, ou par la poste à l'adresse suivante :

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7

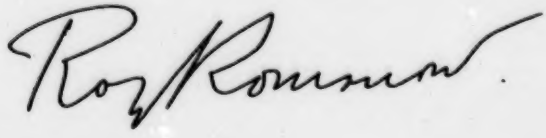
Vous pouvez aussi participer au sondage en ligne au moyen de notre site Web interactif à l'adresse suivante : www.commissionsoinsdesante.ca

Il n'y a ni « bonne » ni « mauvaise » réponse et les résultats ne seront utilisés qu'à titre informatif. Ils permettront de voir comment les réponses des participants s'intègrent dans le contexte global de toutes les réponses reçues, et il ne leur sera attribué aucune valeur scientifique propre. Ces résultats ne seront que l'une des nombreuses sources d'information utilisées par la Commission dans son étude et son analyse du problème. Pour recevoir les autres titres de la série, veuillez nous écrire à l'adresse ci-dessus ou téléphoner au 1-800-793-6161. Voici la liste des autres titres :

- Les soins à domicile au Canada
- L'accès aux soins de santé au Canada
- L'assurance-médicaments au Canada
- Le choix des consommateurs dans le système des soins de santé au Canada
- La Loi canadienne sur la santé
- La viabilité du système de soins de santé au Canada
- Les ressources humaines dans le système de soins de santé au Canada
- Les interventions médicalement nécessaires : quelles sont-elles et qui décide?

Nous vous remercions de votre contribution à l'avenir du système de soins de santé au Canada et nous espérons que ce document vous sera tout aussi utile que vos réponses le seront pour nous.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.



Roy Romanow

La mondialisation et les soins de santé au Canada

Le monde dans lequel vivent les Canadiens rapetisse. Nous voyageons en avion et dans le cyberespace. Nous communiquons par téléphone et courriel, brassons des affaires dans le monde entier via Internet et suivons des événements lointains en direct à la télévision.

Rendue possible par l'innovation technologique, cette interdépendance croissante entre les personnes et les sociétés est à l'origine de changements économiques énormes, y compris la libéralisation de tous les types de commerce international. La « mondialisation » a aussi un effet sur notre santé et notre système de soins de santé, même si son impact n'est peut-être pas encore aussi évident. Est-ce toutefois pour le meilleur ou pour le pire ?

Il est certes peu réjouissant de voir arriver sur nos côtes des maladies étrangères comme le virus du Nil occidental, la maladie de la vache folle ou de nouvelles souches de tuberculose. Cependant, beaucoup de Canadiens profitent d'un monde de plus en plus interconnecté en recourant à de nouveaux traitements médicaux mis au point à l'étranger, en vendant des technologies de la santé canadiennes sur le marché mondial et en participant à des projets internationaux de prévention des maladies.

Nos frontières, plus perméables que jamais, offrent à la fois des opportunités et des défis. Des professionnels de la santé font leurs valises pour chercher fortune ailleurs, au moment même où des médecins et des infirmières de l'étranger réclament à cor et à cri la chance de venir travailler au Canada.

Dans l'ensemble, le poids de la mondialisation a laissé notre système de santé remarquablement intact. Par exemple, il y a très peu de « tourisme de la santé ». La plupart des Canadiens se font traiter au Canada et rares sont les étrangers qui viennent se faire traiter au Canada. La propriété étrangère d'entreprises médicales est, elle aussi, relativement rare, du moins jusqu'à maintenant.

La situation pourrait toutefois changer suite à la signature, par le Canada, de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) en 1994 et à son adhésion à l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Fondée en 1995, l'OMC regroupe 144 pays et nous oblige à nous soumettre à l'Accord général sur le commerce des services, ou AGCS, en vigueur depuis 1995.

Le libre-échange encourage la circulation des biens, de l'argent et des services entre les pays. L'ALENA et l'AGCS ont considérablement élargi l'influence des entreprises privées sur les politiques publiques. Même si aucun des deux accords ne vise spécifiquement le système de santé du Canada financé par le secteur public, le jour où les deux pourraient l'influencer n'est pas loin. Les experts ne s'entendent toutefois pas sur la nature et l'envergure de ces répercussions.

Ce document analyse les mesures que les gouvernements du Canada pourraient prendre à l'égard du système de santé pour réagir à l'intégration économique mondiale :

I. Le gouvernement fédéral pourrait continuer de protéger notre système public d'assurance-santé lors des négociations sur le commerce international.

II. Les gouvernements provinciaux pourraient accepter de payer les services de santé que les patients choisiraient d'obtenir à l'étranger.

III. Le gouvernement fédéral pourrait promouvoir la libéralisation de la circulation des professionnels de la santé dans le contexte d'accords commerciaux internationaux.

Protection de l'assurance-santé dans les accords commerciaux internationaux

Le gouvernement fédéral préconise avec enthousiasme la libéralisation du commerce international des biens et des services en soutenant qu'elle augmentera notre prospérité. Cependant, à cause de l'incertitude qui règne face aux répercussions de la libéralisation du commerce des services de santé, le gouvernement a « protégé » les soins de santé en veillant à ce que les conditions de l'Accord de libre-échange nord-américain ou de l'Accord général sur le commerce des services ne s'y appliquent pas. Le Canada a soutenu que les soins de santé constituent un bien public administré par l'État.

Cette exemption signifie que le Canada peut continuer à établir ses politiques nationales sur les soins de santé sans avoir à craindre d'enfreindre les règles du commerce international. Les gouvernements recourent à tout un éventail de lois et de mécanismes de financement pour restreindre la concurrence dans ce que l'on considère comme le domaine clé de l'assurance-santé — la prestation de services médicalement nécessaires par les médecins et les hôpitaux. Si les soins de santé n'étaient pas exemptés des accords sur le commerce, on pourrait remettre en question les limites de ce que les fournisseurs privés sont autorisés à faire en considérant qu'ils contreviennent aux engagements commerciaux internationaux.

Pour le moment, la libéralisation du commerce ne touche en général pas le système de santé du Canada. Le financement et la prestation de services par le secteur privé jouent un rôle important, c'est vrai, mais on peut quand même considérer que les Canadiens possèdent et exploitent un système médical financé par le Trésor.

On ne sait pas encore combien de temps cela durera. Le secteur des soins de santé offre des occasions d'affaires aux investisseurs privés. Les adversaires du libre-échange craignent que le secteur privé exige davantage de possibilités d'investir dans les soins de santé au Canada. Par exemple, en vertu du projet de Loi 11 de l'Alberta, des entreprises privées à but lucratif reçoivent des fonds publics servant à dispenser certains services hospitaliers, faisant ainsi concurrence à des hôpitaux publics sans but lucratif — pourrait-il en découler des contestations commerciales par des investisseurs qui veulent faire de même dans d'autres provinces ? Les récentes négociations sur l'AGCS qui visaient les services financiers ont officiellement ouvert notre marché commercial de l'assurance-santé (comme l'assurance privée pour les médicaments) aux investisseurs étrangers. Des observateurs soutiennent que cette ouverture pourrait un jour avoir des répercussions sur la capacité de nos gouvernements d'étendre ou de modifier notre système de santé financé par le secteur public.

Dans ce contexte commercial en pleine évolution, les protections accordées par les exemptions prévues aux traités commerciaux ne sont pas entièrement claires. La terminologie à la fois de l'Accord de libre-échange et de l'AGCS est en grande partie très générale : les services de santé fournis en vertu du pouvoir des gouvernements ne sont mentionnés que dans la liste des éléments exclus des répercussions complètes des règles régissant la libéralisation du commerce. Jusqu'à maintenant, on a très peu mis à l'épreuve la force de ces exemptions devant les organismes internationaux de règlement de différends commerciaux.

Plan d'action : Le gouvernement fédéral devrait protéger notre système public d'assurance-santé lors de toutes les négociations sur le commerce international.

Si le gouvernement voulait mieux protéger l'assurance-santé contre les retombées du libre-échange, il pourrait clarifier le texte de ses engagements et exemptions en vertu de l'ALENA et de l'AGCS afin de veiller à ce que les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires demeurent du domaine public et ne soient pas assujettis à la libéralisation du commerce international ou aux sanctions qui en découlent.

À mesure que l'ALENA s'étendra pour inclure les 31 pays de l'Amérique latine et des Caraïbes d'ici 2005 et que les négociations de l'Organisation mondiale du commerce se poursuivront, le Canada devra expliquer clairement à tous ses partenaires commerciaux que les négociations ne s'appliquent pas à notre système de financement public des services de santé médicalement nécessaires.

ARGUMENTS FAVORABLES

Notre système de santé est un bien public essentiel qui exprime des valeurs canadiennes fondamentales. Beaucoup de Canadiens acceptent que la structure de l'assurance-santé à payeur unique et administrée par le secteur public soit essentielle au maintien de l'équité universelle de l'accès aux services de santé, ainsi qu'au contrôle national de nos politiques de santé.

Le système d'assurance-maladie du Canada est le meilleur moyen de limiter les dépenses sans compromettre l'excellence de notre état de santé. L'assurance-santé constitue ce qu'on appelle un régime à payeur unique dans lequel tous les intéressés contribuent aux coûts, par l'entremise du gouvernement, et partagent ce que la maladie coûte à chacun. Chaque individu, y compris les plus pauvres, est protégé contre des maladies qui pourraient autrement le ruiner et nul ne paie des frais disproportionnés pour l'assurance-santé, quels que soient ses besoins ou ses circonstances personnelles. Les systèmes à payeur unique ont plus de pouvoir pour négocier les paiements aux médecins et faire baisser le prix des médicaments. Ils réduisent aussi les dépenses grâce à leurs frais généraux beaucoup moins élevés et de leur administration efficiente et décentralisée.

À cause des traités commerciaux internationaux, il est plus difficile pour les gouvernements de se lancer dans de nouveaux domaines de service. Une fois un secteur commercial libéralisé, il est difficile de le fermer aux investisseurs étrangers. Par exemple, les accords commerciaux pourraient restreindre le Canada dans l'élaboration de programmes nationaux de soins à domicile et d'assurance-santé parce que l'entreprise privée est déjà très présente dans ces secteurs. Les investisseurs internationaux supplantés par de nouveaux services financés par le secteur public pourraient contester ces nouveaux programmes, voire réclamer une indemnisation.

Une libéralisation plus poussée du commerce pourrait permettre à des investisseurs étrangers de tirer profit de nos fonds publics pour les soins de santé. En vertu de l'ALENA, n'importe quelle entreprise américaine peut prétendre avoir droit aux mêmes débouchés que les entreprises privées canadiennes. Si l'on invoquait cet argument pour permettre à des entreprises américaines d'offrir des soins de santé actuellement fournis par les gouvernements, les fonds de l'assurance-santé perçus des contribuables canadiens pourraient servir à gonfler le bilan d'entreprises de soins de santé étrangères.

Les Canadiens pourraient favoriser la prestation des services de santé par des fournisseurs intéressés à protéger les intérêts canadiens. Les Canadiens pourraient se méfier du fait qu'on envoie des renseignements privés sur leur santé à l'étranger, où les fuites seraient difficiles à repérer et les contrevenants pourraient échapper à la loi canadienne. De même, les gestionnaires d'entreprise de services de santé pourraient mettre davantage l'accent sur la sécurité des consommateurs, la santé des travailleurs et d'autres normes importantes s'ils vivent eux-mêmes dans la collectivité, où ils seraient eux aussi touchés par de mauvaises décisions.

ARGUMENTS DÉFAVORABLES

Le commerce libéralisé des services de santé pourrait augmenter les choix des consommateurs. Des fournisseurs étrangers pourraient offrir de nouveaux services de santé au Canada s'ils croient qu'ils pourraient faire de l'argent. À mesure que la liste des services offerts s'allongerait, les pressions de la concurrence pourraient pousser les fournisseurs tant Canadiens qu'étrangers à améliorer et à moderniser leurs services.

Nous avons un système de santé très impressionnant où abondent les innovations et les idées que nous pourrions offrir à l'étranger. Nous construisons déjà des hôpitaux spécialisés en Inde. Le libre-échange des soins de santé pourrait peut-être encourager d'autres pays à offrir leurs innovations au Canada, qui pourrait en retour développer des marchés étrangers pour notre expertise.

L'augmentation du commerce et de l'investissement étranger dans tous les secteurs, y compris celui des soins de santé, peut propulser la croissance de l'économie, créer des emplois et transformer le Canada en économie du savoir. Nous pourrions réinvestir cette richesse accrue dans l'amélioration des soins de santé et des services sociaux pour toute la population canadienne.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter la page 11 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Payer pour se faire traiter à l'étranger

Des Canadiens vont se faire traiter aux États-Unis ou ailleurs pour toutes sortes de raisons. Dans la plupart des cas, c'est parce qu'ils tombent malades durant leur voyage et aboutissent dans des cliniques étrangères. D'autres cherchent délibérément des services qui ne sont pas disponibles au Canada, ou que l'on juge meilleurs ailleurs. Dans l'ensemble, les statistiques sont toutefois minuscules : moins d'un Canadien sur 1 000 voit l'intérieur d'un établissement médical étranger. Lorsqu'on soustrait les cas d'urgence, quelques centaines de Canadiens à peine par année cherchent activement à se faire traiter à l'étranger.

Un plus grand nombre de Canadiens pourraient aller se faire traiter à l'étranger si l'argent n'était pas un problème. Les Canadiens sont couverts par l'assurance du gouvernement pour la plupart des soins médicaux et hospitaliers tant qu'ils restent au Canada. L'assurance-voyage privée couvre les accidents et les urgences, mais pas les soins facultatifs.

Il y a quand même des exceptions. La plupart des provinces ont envoyé des patients se faire traiter dans des États voisins lorsqu'il y a eu pénurie (de médecins, de lits ou de techniciens) au Canada. Par exemple, on envoie couramment des Canadiens aux États-Unis pour y recevoir des traitements de radiothérapie contre le cancer lorsque les périodes d'attente au Canada deviennent trop longues. Les provinces autoriseront aussi des paiements dans le cas de personnes envoyées à des centres spécialisés à l'étranger pour y recevoir des traitements expérimentaux ou autres qui ne sont pas disponibles au Canada, à condition que la demande soit approuvée à l'avance.

Dans une optique plus intégrée, un comité sénatorial sur la réforme des soins de santé a récemment recommandé que le gouvernement prenne en charge les coûts des traitements reçus à l'étranger par des patients qui attendent pendant des périodes inacceptables. Ces coûts seraient définis par des groupes d'experts pour chaque intervention majeure.

Des patients prennent déjà la situation en main. Dans un cas récent en Ontario, une commission d'appel a ordonné au régime provincial d'assurance-santé de rembourser un patient qui a pris l'avion pour l'Angleterre afin d'y subir une intervention chirurgicale contre le cancer parce qu'il craignait de devoir attendre trop longtemps au Canada.

La Cour européenne de justice a récemment rendu elle aussi des décisions semblables. Des patients forcés d'attendre trop longtemps pour recevoir des soins ont maintenant le droit d'obtenir des traitements hospitaliers entièrement subventionnés dans le pays de l'Union européenne de leur choix sans avoir à obtenir l'autorisation préalable de leur propre pays.

Plan d'action : Si un patient se rend à l'étranger pour obtenir un service de santé qui n'est pas disponible au Canada, ou qui n'est pas disponible rapidement, les gouvernements devraient payer le traitement.

Le libre-échange est en train de modifier la face de l'Europe, où les pays membres de l'Union européenne ont à peu près éliminé les contrôles de passeport entre eux, et plusieurs pays (mais pas tous) ont maintenant une devise commune, l'Euro. Il est peut-être inévitable que les Européens voyagent de plus en plus pour se faire traiter à l'étranger.

Bien entendu, ces voyages sont plus faciles en Europe où les distances entre les pays sont moindres. Le Canada pourrait toutefois décider lui aussi d'instaurer un système où les gens se rendent là où l'on offre les soins au lieu d'attendre qu'ils soient disponibles chez eux. Nous pourrions signer, avec des fournisseurs étrangers (fort probablement américains), des contrats permanents où il serait entendu que toute personne qui doit attendre plus longtemps que jugé acceptable par les experts puisse simplement aller se faire traiter à l'étranger. Ce ne serait probablement pas l'anarchie totale : il faudrait probablement négocier avec soin, tant avec le fournisseur qu'avec le patient, les tarifs, les allocations de déplacement et les suppléments approuvés, et ce serait limité aux traitements médicaux normaux. Les traitements seraient les mêmes que ceux offerts au Canada et des experts canadiens choisiraient les fournisseurs étrangers et évalueraient la qualité des soins qu'ils offrent.

Le Royaume-Uni étudie déjà ce concept en établissant un mécanisme officiel complet, avec processus de soumissions concurrentielles et normes de qualité définies, afin d'organiser les soins à l'étranger pour ses ressortissants. On en est encore à régler les détails, mais le nouveau régime, qui doit entrer en vigueur au plus tard en 2005, permettra aux citoyens du Royaume-Uni d'obtenir au besoin des services de diagnostic, de soin ou de traitement à l'étranger. Le régime public d'assurance-maladie en rembourserait les coûts comme s'ils avaient obtenu le service chez eux.

ARGUMENTS FAVORABLES

Les consommateurs de soins de santé veulent plus de possibilités d'obtenir les soins dont ils ont besoin, même s'ils doivent se rendre à l'étranger. Le gouvernement doit garantir des normes raisonnables de service aux patients. Si l'on ne peut satisfaire à cette obligation au Canada, il faut le faire ailleurs. Les Canadiens qui choisiraient des soins de fournisseurs étrangers approuvés par les autorités canadiennes sauraient aussi que le service est conforme aux normes canadiennes de qualité.

Notre système de santé pourrait économiser de l'argent. Même si l'on tient compte du coût des déplacements, les Canadiens pourraient obtenir à moindre frais à l'étranger de nombreux services de pointe. Par exemple, une transplantation de foie en Inde coûte 10 fois moins cher qu'aux États-Unis. De plus, comme les Américains n'aiment pas attendre pour obtenir des soins de santé, leur système a tendance à avoir beaucoup de capacité excédentaire. Les Canadiens pourraient tirer profit de ces lits supplémentaires en allant se faire traiter aux États-Unis, ce qui nous éviterait d'avoir à construire nos propres établissements.

Forcées par les tribunaux de payer des soins médicaux à l'étranger, les provinces vont peut-être avoir tendance à améliorer davantage l'accès aux services de santé au Canada. Face à la possibilité de payer les coûts supplémentaires de voyages à l'étranger, des provinces pourraient envisager plus sérieusement d'améliorer la gestion des listes d'attente et d'éliminer les traitements en attente.

ARGUMENTS DÉFAVORABLES

Cela pourrait faire dévier l'approche que le Canada a adoptée depuis longtemps en fournissant les soins médicaux en fonction du besoin médical plutôt que du désir. Il se pourrait qu'en promettant un traitement plus rapide, même si cela signifie qu'il faut se rendre à l'étranger, on mine les efforts que nous déployons pour assurer que ceux qui sont traités en premier sont ceux dont le besoin est le plus pressant. Certains pourraient insister pour subir une intervention sur-le-champ, même si leur état n'est pas critique. D'autres pourraient attendre trop longtemps parce que l'âge, les obligations familiales ou d'autres facteurs les dissuadent de voyager.

L'assurance-santé paie déjà des services à l'étranger, mais de façon contrôlée et responsable sur le plan budgétaire. Ce sont maintenant les gouvernements qui décident, après avoir consulté des professionnels de la santé et des experts-conseils, comment le système public financé par les contribuables paiera des traitements médicaux légitimes. La pression exercée sur le système est, jusqu'à un certain point, un outil de gestion: par exemple, il existe des traitements qui ne feront pas grand bien ou qui ne sont peut-être pas d'une nécessité immédiate.

Il s'agit seulement d'une solution à court terme à un problème à long terme. Les gouvernements devraient chercher d'autres moyens, y compris les augmentations d'impôt ou des investissements canadiens du secteur privé, afin d'augmenter notre capacité nationale en soins de santé et de garder les dépenses de la santé au Canada.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter les pages 11 et 12 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Promouvoir la libre circulation internationale des professionnels de la santé

Nous lisons parfois des reportages sur l'exode massif de médecins et d'infirmières du Canada vers la terre promise au sud de notre frontière. En réalité, nous ne connaissons pas l'ampleur du problème et nous ne savons même pas s'il y en a un.

Nous n'avons pas de statistiques solides sur le nombre d'infirmières qui quittent le Canada ou qui y entrent. Dans le cas des médecins, 420 sont partis en 2000 (nous ne savons pas trop où ils sont allés, même si la plupart ont probablement choisi les États-Unis) et nous en avons accueilli 256 : notre perte nette se monte à 164. C'est moins que le tiers d'un pour cent des effectifs médicaux actifs du Canada — c'est loin d'être le signe d'un exode massif.

Cependant, les débats sur la question de savoir si le Canada fera face à une pénurie de professionnels de la santé — ou s'il la connaît déjà — ne manquent pas. Quelles que soient les divergences de vues, on reconnaît toutefois qu'il y a vraiment trop peu de praticiens dans certaines régions du pays — et en particulier dans les régions rurales et éloignées — et dans certaines spécialités médicales.

Les provinces font l'essai depuis quelque temps de tout un éventail d'incitations afin d'encourager les professionnels de la santé à travailler dans les régions mal desservies. Une des solutions parmi les plus fréquentes est de faire venir plus de médecins formés à l'étranger et d'organiser leur accréditation et leur formation continue de façon à les encourager à rester là où l'on en a le plus besoin.

L'Accord de libre-échange nord-américain et l'Accord général sur le commerce des services n'obligent pas le Canada à permettre la libre circulation internationale des professionnels de la santé. L'ALENA précise que les infirmières diplômées et les médecins qui enseignent ou font de la recherche peuvent obtenir une admission temporaire, mais on souhaite ainsi qu'ils se lancent en affaire, en investissant ou achetant une entreprise par exemple. On peut faire venir des étrangers pour occuper un poste actif à plein temps seulement quand il y a pénurie nationale de main-d'œuvre dans leur domaine. De même, l'AGCS favorise la mobilité temporaire de la main-d'œuvre, mais le secteur de la santé du Canada, y compris ses fournisseurs, n'est pas directement touché.

Les fournisseurs étrangers peuvent ainsi débarquer au Canada comme ils l'ont toujours fait : comme réfugiés à cause de troubles politiques, suite à un processus de réunification de famille, comme immigrants réguliers ou spécialistes recrutés par un établissement de santé du Canada.

Pour travailler au Canada et y être rémunérés, les professionnels de la santé étrangers qui arrivent par les voies traditionnelles de l'immigration ou du statut de réfugié doivent satisfaire aux exigences provinciales relatives à l'exercice de la profession. C'est facile pour les Américains, puisque nos règles de certification sont en grande partie harmonisées. C'est plus compliqué pour les professionnels d'autres pays où la formation et les normes de pratique peuvent différer.

Plan d'action : Le gouvernement fédéral devrait négocier la libre circulation des professionnels de la santé dans les accords commerciaux internationaux.

Le Canada pourrait suivre l'exemple de l'Union européenne et libéraliser la mobilité des travailleurs de la santé. À cette fin, il pourrait mettre sur la table la mobilité des professionnels de la santé dans le contexte des négociations en cours de l'AGCS ou au cours de l'expansion prochaine de l'ALENA qui deviendra la zone de libre-échange des Amériques (ZLEA).

Si l'on relâche les règles sur la migration, le Canada aura cependant comme défi de préserver ses normes professionnelles rigoureuses. Comme le Canada ne pourrait faire de discrimination à l'endroit des travailleurs étrangers de la santé, peu importe où ils ont obtenu leurs titres, les organismes provinciaux d'autorisation, de certification et les ordres professionnels joueraient un rôle encore plus important en assurant que les praticiens immigrants sont de calibre acceptable.

Pour être certain qu'ils satisfont à nos normes, le gouvernement pourrait aussi appuyer la formation et l'éducation continue au Canada de diplômés de facultés de médecine étrangères.

ARGUMENTS FAVORABLES

C'est un moyen efficace de compenser les pénuries dans le secteur de la santé. Si nous comptions uniquement sur la migration interprovinciale pour compenser les pénuries occasionnelles de ressources humaines, nous épuiserions les rangs des professionnels d'une province afin de les gonfler dans une autre. On évite ce problème en ouvrant nos frontières aux professionnels de la santé de l'étranger.

Nous pourrions économiser de l'argent. Comme la formation des fournisseurs de soins de santé coûte cher, il est sensé sur le plan économique d'embaucher des travailleurs formés ailleurs.

Les fournisseurs de soins de santé ont accès à de nouveaux débouchés. Vu l'évolution rapide des progrès de la médecine, il serait plus facile pour les fournisseurs de se rendre à l'étranger pour y accroître leur expérience professionnelle, augmenter leur revenu, trouver de meilleures ressources professionnelles ou chercher des occasions de voyager et de poursuivre leur formation. Le départ permanent de travailleurs de la santé nuirait au Canada, mais ceux qui y reviendraient enrichiraient la pratique de la médecine.

ARGUMENTS DÉFAVORABLES

Nous pourrions nous retrouver avec plus de professionnels de la santé qu'il nous en faut ou que nous avons le moyen de nous offrir. La Charte canadienne des droits et libertés interdit d'obliger les immigrants reçus à travailler à un endroit en particulier. Si des médecins étrangers préféraient s'établir dans des régions urbaines qui pourraient être déjà bien desservies, nous pourrions finir par avoir trop de médecins là où nous n'en avons pas besoin. Tant qu'ils ont un numéro provincial de facturation, ils peuvent accueillir des patients et facturer leurs services au régime public d'assurance-santé.

Nous pourrions nous retrouver avec des travailleurs de moins bon calibre provenant de régions moins développées du monde. Individuellement, les diplômés de facultés de médecine étrangères peuvent réussir tout aussi bien que ceux de facultés de médecine canadiennes aux examens de qualification. Leurs résultats collectifs sont toutefois beaucoup moins bons. Cela peut être attribuable aux obstacles linguistiques et culturels, au temps écoulé depuis l'obtention de leur diplôme en médecine, ou à la qualité moindre de leur formation. En fait, beaucoup de facultés de médecine inscrites aux répertoires de l'Organisation mondiale de la santé n'ont pas de procédures d'accréditation ou de normes de programme rigoureuses. Le relâchement des règles sur la mobilité internationale pourrait nous obliger à harmoniser nos normes de formation et d'autorisation, ce qui pourrait finir par les abaisser.

En facilitant l'entrée au Canada de professionnels de la santé des pays en développement, nous en épuiserions les effectifs là où l'on a un besoin criant de leurs compétences spécialisées. Les pays du Commonwealth ont déjà reconnu les risques que peut poser ce « pillage » de travailleurs de la santé et ont exhorté les pays industrialisés à concevoir des codes de conduite et à s'y conformer. L'ouverture des frontières pourrait toutefois rendre les contrôles difficiles. La promotion de la migration de travailleurs de la santé en provenance de pays pauvres contrevient aussi aux politiques d'aide internationale et de développement du Canada.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter la page 12 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Remerciements

Ce document a été produit par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, en partenariat avec la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Les sujets et les plans d'action tiennent compte des questions clés qui ont été soulevées au cours des consultations que la Commission a tenues jusqu'ici et pour lesquelles la Fondation a pu trouver des conclusions de recherche pertinentes pour aider à éclairer le débat.

L'exactitude et l'impartialité du document ont été examinées par les experts suivants, mais la responsabilité finale incombe à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé :

Sarah Downey
Directrice générale des opérations
Hôpital Princess Margaret

Ron Labonte
Directeur du SPHERU, Santé communautaire et épidémiologie
Université de la Saskatchewan

Gilles Dussault
Spécialiste senior en (politiques de) santé
Institut de la Banque mondiale

Une bibliographie complète de la recherche utilisée pour préparer ces documents se trouve à : www.commissionsoinsdesante.ca.

INSTRUCTIONS DU SONDAGE

Veuillez détacher les pages suivantes et nous les envoyer par télécopieur au :
(613) 992-3782

ou par la poste à :
Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7

Pour plus d'informations :
Appeler sans frais 1-800-793-6161
www.commissionsoinsdesante.ca

Merci

Questions du Sondage

Pour chacune des questions suivantes, veuillez indiquer votre opinion en cochant la case appropriée.

PROTÉGER L'ASSURANCE-MALADIE DANS LES ENTENTES COMMERCIALES INTERNATIONALES

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord
1. Les soins de santé s'amélioreraient au Canada si le gouvernement fédéral protégeait notre système d'assurance-maladie à payeur unique dans toutes les négociations commerciales internationales.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Les compagnies de soins de santé étrangères à but lucratif ajouteraient de la concurrence et un choix utile à notre système de santé.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Dans les négociations commerciales internationales, il est important que le Canada protège sa capacité de développer de nouveaux programmes de santé nationaux financés par le gouvernement, comme les soins à domiciles ou l'assurance-médicaments.	❑	❑	❑	❑	❑
4. Il m'importe peu que les hôpitaux et les organisations de santé m'offrant des soins de santé soient détenus par des intérêts canadiens ou non.	❑	❑	❑	❑	❑

PAYER LES TRAITEMENTS À L'ÉTRANGER

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord
1. Les soins de santé s'amélioreraient au Canada si les gouvernements payaient les frais des patients choisissant d'aller à l'étranger pour obtenir des traitements n'étant pas adéquatement offerts au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Les gouvernements devraient augmenter les dépenses de santé pour couvrir les coûts des patients décidant d'aller à l'étranger pour obtenir des traitements n'étant pas adéquatement offerts au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Si les gouvernements payaient les traitements des patients allant à l'étranger pour les obtenir, cela devrait se limiter aux cas où l'obtention des soins au Canada prendrait plus de temps que ce qu'un groupe d'experts estime être une période sûre.	❑	❑	❑	❑	❑
4. Si le gouvernement payait pour que les patients aillent à l'étranger pour obtenir des traitements, les patients ne devraient pas avoir à obtenir une approbation au préalable s'ils allaient à des installations étrangères ayant une entente avec les gouvernements du Canada.	❑	❑	❑	❑	❑

LA PROMOTION DU MOUVEMENT DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord
1. Les soins de santé s'amélioreraient au Canada si le gouvernement fédéral négociait le libre mouvement des professionnels de la santé dans les ententes commerciales internationales.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Les gouvernements devraient augmenter les dépenses en santé pour offrir aux professionnels de la santé immigrant au Canada la formation et la certification appropriées pour pratiquer au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑

3. Lequel des points de vue suivants reflète le mieux votre opinion?

Nous devrions encourager plus de médecins à immigrer au Canada, même si nous les incitons à quitter des pays qui ont vraiment besoin d'eux.

OU

Nous devrions concentrer nos efforts pour former et garder plus de professionnels de la santé au Canada plutôt que d'aller les chercher ailleurs.

Tout à fait d'accord encourager l'immigration	D'accord encourager l'immigration	Neutre	D'accord se concentrer sur le Canada	Tout à fait d'accord se concentrer sur le Canada
❑	❑	❑	❑	❑

INFORMATION REQUISE POUR L'ANALYSE

Veuillez nous fournir l'information suivante requise pour l'analyse. Merci.

Sexe : ❑ homme ❑ femme

Âge : ❑ 18 ans et moins ❑ 19 à 29 ans ❑ 30 à 49 ans ❑ 50 à 65 ans ❑ plus de 65 ans

Votre province ou territoire de résidence : _____

Suite ...

Revenu annuel total du ménage, avant déductions : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ < 20 000 $

❑ 20 000 $ – 39 999 $

❑ 40 000 $ – 59 999 $

❑ 60 000 $ – 79 999 $

❑ 80 000 $ – 99 999 $

❑ 100 000 $ ou plus

Niveau de scolarité atteint : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ Élémentaire

❑ Études secondaires

❑ Collège communautaire/technique ou CEGEP

❑ Grade supérieur

❑ Certificat professionnel

❑ Baccalauréat

Êtes-vous un professionnel de la santé? (question optionnelle)

❑ Oui ❑ Non

Au cours de la dernière année, combien de fois environ avez-vous recouru personnellement au système de soins de santé (par exemple, consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste, période d'hospitalisation ou soins en salle d'urgence) : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ de 0 à 3 fois

❑ de 4 à 6 fois

❑ de 7 à 9 fois

❑ 10 fois ou plus